

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1903

THÈSE

N° —

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 26 novembre 1903, à 1 heure

PAR

Gaston GOUIN

Fistules entéro-utérines

Président : M. POZZI, professeur

*Juges : MM. BUDIN, professeur
MAYGRIER et AUVRAY, agrégés*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

H. JOUVE

15, rue Racine, 15

—
1903

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....		M. DEBOVE.
Professeurs.....		MM.
Anatomie.....		P. POIRIER
Physiologie.....		Ch. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et Chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD
Pathologie médicale.....		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		BRISAUD.
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....		BERGER.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		GILBERT.
Médecine légale.....		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL
Pathologie expérimentale et comparée.....		DEJERINE.
		CHANTEMESSE.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
		DEBOVE.
		LANDOUZY.
Clinique médicale.....		
		GRANCHER.
Maladie des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		RAYMOND
Clinique des maladies du système nerveux.....		TERRIER.
Clinique chirurgicale.....		DUPLAY.
		LE DENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophtalmologique.....		DE LAPERRONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique d'accouchements.....		BUDIN.
Clinique gynécologique.....		PINARD.
Clinique chirurgicale infantile.....		POZZI.
		KIRMISSON.
Agrégés en exercice.		
MM.		
ACHARD	FAURE	LEGUEU
AUVRAY	GILLES DE LA	LEPAGE
BESANÇON	TOURETTE	MARION
BONNAIRE	GOSSET	MAUCLAIRE
BROCA (Aug.).	GOUGET	MERY
BROCA (André)	GUIART	POTOCKI
CHASSEVANT	HARTMANN	REMY
CUNEO	JEANSELME	RENON
DEMELIN	LANGLOIS	RICHAUD
DESGREZ	LAUNOIS	RIEFFEL (chef.
DUPRE	LEGRY	des travaux anat.)
		TEISSIER
		THIERY
		THIROLOIX
		THOINOT
		VAQUEZ
		WALLICH
		WALTHER
		WIDAL
		WURTZ

Par délibération en date du 9 décembre 1898, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

Hommage d'affection et de reconnaissance.

MEIS ET AMICIS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR POZZI

Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Paris.
Chirurgien de l'Hôpital Broca
Membre de l'Académie de médecine

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur
de présider notre thèse.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE NANTES

Sincère hommage de reconnaissance.

Dès le commencement de nos études, M. le Professeur Poisson, nous a témoigné une amicale sympathie, il nous a prodigué ses conseils. Qu'il soit assuré de nos sentiments d'affectueuse reconnaissance.

Monsieur le docteur Labeyrie nous a inspiré le sujet de cette thèse. Après l'avoir eu comme ami d'études, ce fut pour nous un réel plaisir de l'avoir comme maître au service de Clinique chirurgicale.

Que les docteurs Baty, Briau, Giraudeau, Léquayer, acceptent ici le témoignage sincère de notre amitié.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

Fistules entéro-utérines

INTRODUCTION

Le peu de fréquence des fistules entéro-utérines a fait négliger leur étude. On rencontre bien plus souvent en Clinique chirurgicale ou obstétricale des fistules recto-vaginales et des fistules entéro-vaginales.

Nous nous occuperons spécialement dans cette étude des fistules entéro-utérines.

Si nous remontons au-delà du siècle dernier nous trouvons cependant des observations de Amatus Lusitanus 1620, de Henricus, de Schenck, de Bonet 1700.

Dans le siècle dernier plusieurs chirurgiens et accoucheurs citent des cas semblables.

Wood en 1819 décrit une fistule entéro-utérine à la suite d'un accouchement. Cazeaux, dans son *traité d'accouchement*, Devillez, dans sa thèse sur les ruptures de l'utérus, étudient la pathogénie de la

question. *Davey* en 1836 dans « *The Lancet* » cite une observation analogue. *Thomas Radfort* en 1867, *Demarquay* dans la même année rapportent des observations de fistules utéro-intestinales, consécutives à des accouchements.

Depuis, les articles de *Neugebauer*, les communications faites à la Société de Chirurgie, les articles des principaux traités de Gynécologie ont fixé certains points obscurs de la question.

Mais, avant de commencer notre étude, nous voulons établir nettement deux points :

Tout d'abord, nous laisserons de côté les fistules intestino-vaginales, bien que en général la rupture de l'utérus soit souvent une des premières causes de la rupture de la voûte du vagin.

C'est ce qui explique du reste qu'il y a eu souvent confusion dans les observations des divers auteurs.

Si nous voulons établir une statistique épurée, pour ne considérer que les vraies fistules utéro-intestinales, nous devons nous borner aux observations de : *Lambron* (1775), *Percy* (1783), *Husson* (1834), *Davey* (1836), *Morgan* (1844), *Forget* (1851), *Scharlan* (1866), *Dum* (1868), *Simpson* (1874), *Dianoux* (1875), *Skinner* et *Ellis* (1879), *Roseler* (1879), *Einbeck* (1880).

Quant aux observations d'*Ashivell* et *Pennel*, elles sont discutées au point de vue de leur classification.

Il semble également d'après *Verneuil*, qui vit huit

ans après, c'est-à-dire en 1875, la malade de Demarquay, qu'il s'agissait d'une fistule vaginale et non d'une fistule utérine : l'ouverture de la fistule aux bords ectropionnés aurait été prise pour l'orifice du col utérin.

En second lieu nous n'étudierons pas non plus les anus contre nature, qui viennent quelquefois compliquer (cas de Kaufmann), une fistule utéro-intestinale, limitant notre question à l'étude de la fistule stercorale utéro-intestinale. La fistule stercorale, n'empêche pas le passage ultérieur des matières fécales dans le segment inférieur de l'intestin. Les fistules stercorales se forment soit par pincement d'une anse intestinale dans la rupture utérine, soit par perforation des deux cavités après accolement par inflammation, sphacèle ou dégénérescence cancéreuse. Il en est tout autrement des anus contre nature et notre étude se trouve ainsi limitée à celle des fistules entéro-utérines.

L'idée primitive de notre travail date d'une malade que nous avons observée et suivie dans le service de M. le docteur Poisson, professeur de clinique chirurgicale, chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Nantes.

L'observation de la malade se retrouve dans notre travail.

II. — ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Le processus pathogénique qui détermine l'existence d'une fistule entéro-utérine comprend plusieurs stades :

Il faut que l'utérus d'une part, l'intestin d'autre part communiquent avec la cavité péritonéale et que des adhérences s'établissent et maintiennent au contact, d'une façon constante, les deux ouvertures.

Il faut enfin qu'il y ait destruction des parois des organes et abouchement de leurs cavités respectives.

La cause déterminante peut être de deux sortes : un traumatisme (fœtus ou opération chirurgicale) :

Un travail ulcératif (pelvipéritonite, épithélioma utérin, gangrène utérine, etc.).

Nous serons donc ainsi amenés à classer les fistules entéro-utérines sous trois ordres de causes :

1^o Etranglement d'une anse intestinale engagée dans la *rupture utérine*.

2^o Ouverture des deux parois, intestinale et utérine, après inflammation ou gangrène de l'utérus, ou lésion inflammatoire d'un viscère du petit bassin.

3^o Ulcérations des deux parois après adhérences, *d'origine cancéreuse*.

PREMIÈRE CAUSE

*Etranglement d'une anse intestinale engagée
dans la rupture utérine.*

Le nombre des cas connus rentrant dans cette catégorie est rare, car de deux choses l'une : ou la rupture était insignifiante, l'anse intestinale s'est alors réduite spontanément et la femme a guéri ; ou bien la rupture était très étendue et la mort a été rapide.

Tel est le cas dans l'observation de *Percy*.

Quoiqu'il en soit, les fistules entéro-utérines de cette première classe peuvent reconnaître deux causes.

(a) *Par étranglement d'une anse intestinale complète par la rupture utérine.*

Demarquay. — *Gazette médicale de Paris*, 1867.

Note sur un cas de fistule utéro intestinale, suite d'un accouchement laborieux.

Madame B..., (Alexandrine), âgée de 36 ans, sage-femme, mariée, entre à la maison de santé, dans le service de M. Demarquay, le 10 mars 1867.

Elle est accouchée, il y a 6 semaines de son huitième enfant, sa couche fut très laborieuse, l'enfant resta trois jours au passage, et le médecin appelé fut obligé d'employer le forceps. D'après la mère, l'enfant était en première position et n'avait aucun vice de conformation : aussi est-elle très disposée à accuser les manœuvres obstétricales d'être l'unique cause de la fistule qu'elle porte aujourd'hui. Cependant, elle reconnaît qu'on fut obligé

d'extraire le fœtus en plusieurs morceaux, et que sa fistule ne se montra pas dans les premiers jours qui suivirent l'accouchement.

Pendant les quinze premiers jours, madame B... ne remarqua rien d'anormal dans son état. Elle eut, il est vrai, quelques douleurs abdominales, un peu de métrite, d'après son dire ; mais elle n'eut pas de vomissements verts porracés, ni aucun signe caractéristique de péritonite par perforation.

Elle avait des garde-robes naturelles, l'appétit et les forces étaient revenues : elle commençait à se lever, lorsqu'elle s'aperçut qu'elle rendait les matières par le vagin. Pendant quatre jours elle en rendit par l'anus et le vagin, puis elle cessa d'en rendre par l'anus. Depuis lors l'état de la malade ne s'est pas modifié, et actuellement, six semaines après ses couches, les matières que madame B... rend par le vagin sont semi-fluides, jaunâtres, sans odeur : ces matières coulent en plus grande abondance trois heures après chaque repas ; quand elles diminuent, elles sont manifestement mélangées d'un liquide visqueux, jaune, verdâtre, ayant l'aspect et la consistance de la bile. La sortie des urines a lieu sans effort, sans douleur par les voies naturelles ; la vessie et le canal de l'urèthre ne semblent donc pas intéressés.

Pour s'assurer que le rectum ou tout autre portion du gros intestin ne l'est pas davantage, des injections de permanganate de potasse sont poussées par le rectum, dans le gros intestin ; il ne sort, après ces injections aucun liquide colorant par le vagin ; ce qui exclut de suite l'idée d'une communication soit entre le gros intestin et le vagin, soit entre le gros intestin et l'utérus.

Des lavements émollients, huileux, sont également administrés tous les matins, et ne donnent lieu à la sortie d'aucun excrément par l'anus, il nous paraît avéré que le gros intestin ne contient pas de matières fécales, Nous sommes donc porté à rechercher

sur l'intestin grêle le point de départ de la fistule que porte madame B...

La couleur, la semi-fluidité, l'abondance des matières qui s'échappent involontairement par le vagin attirent surtout notre attention. Et tout d'abord, devant cette presque certitude d'une lésion de l'intestin grêle, nous nous demandons sur quelle portion de cet intestin peut se trouver l'orifice de la fistule? Sur un des points de l'iléon sans doute, si, nous nous en rapportons à la chylication des matières et à leur plus grande sortie trois heures après chaque repas. Mais ces matières qui s'échappent par l'orifice vulvaire, tombent-elles directement de l'intestin grêle dans la cavité vaginale?

Cette cavité est alors explorée à l'aide du spéculum, et aucun orifice n'est constaté. En revanche, par l'orifice vaginal du col utérin on voit suinter de nouvelles matières à mesure qu'on éponge le col.

Ce col est tuméfié; sa lèvre postérieure est bifide, sa lèvre antérieure déborde la bifidité la lèvre postérieure, mais n'empêche pas l'introduction du doigt.

En portant le doigt dans la cavité utérine, on sent à l'union du corps avec le col sur la face antérieure de l'utérus, un pertuis par lequel il est facile de faire pénétrer une sonde métallique. Cette sonde vient ressortir à la région hypogastrique, où on la sent à travers les parois abdominales. Une sonde introduite dans la vessie ne la rencontre pas et nous aide à constater la déviation de la vessie à droite et de l'utérus à gauche.

De cette exploration minutieuse, M. Demarquay n'hésite pas à admettre que la fistule portée par madame B... intéresse l'intestin grêle et l'utérus; fait sinon unique, du moins rare dans l'ascience d'après nos recherches restées sans résultats.

Après la rupture de la paroi utérine, il y a hernie d'une anse intestinale, puis lorsque l'utérus est vide, il se resserre et par suite de la rétraction, l'anse se trouve étranglée, elle s'élimine par sphacèle et il se forme une adhérence inflammatoire de l'anse intestinale à l'orifice de rupture utérine.

Signalons en passant ce fait que dans le cas de rupture utérine, l'anse intestinale s'étrangle et s'élimine plus rapidement que lorsqu'elle siège dans le vagin. La contracture de l'utérus est la cause essentielle de la rapidité du processus.

b). *Par pincement de la paroi intestinale par la rupture.*

DEUXIÈME CAUSE

Fistules entéro-utérines consécutives à l'adhérence de l'intestin, à la paroi inférieure du petit bassin, atteinte d'inflammation ou de gangrène, ou à la lésion inflammatoire d'un viscère du petit bassin.

Des poussées de pelvipéritonite répétées peuvent déterminer des adhérences de l'utérus avec les anses intestinales et il peut s'en suivre une fistule entéro-utérine.

Simpson. — *Clinique obstétricale et gynécologique*, 1874, p. 788.

Paramétrite. — Fistule entéro-utérine.

Après le premier accouchement, paramétrite avec suppuration. Un an plus tard, on amena la malade à la clinique à Edimbourg.

Du côté gauche de la matrice, existait une induration prise pour un reste de paramérite. Matrice élevée considérablement en haut et inclinée vers le côté gauche. Du même côté, adhérence diffuse entre la matrice et les intestins. De temps en temps, évacuation purulente ou fécale par le col utérin : on constatait donc une fistule stercorale de la matrice ou fistule utéro-intestinale. Une sonde introduite par le col utérin, entra dans l'intestin, probablement dans la flexure sigmoïde. De temps en temps, la malade était atteinte de crises de paramérite ancienne et succomba à l'une d'elles.

Un fibrome utérin ancien peut déterminer des adhérences avec l'intestin, et il peut se former ensuite une fistule entéro-utérine. Tel est le cas cité par *Routier*, et tel est le cas observé à l'Hôtel-Dieu de Nantes.

M. Routier. — *Société de Chirurgie*. — 10 juin 1896.

Perforation intestinale par compression due à un fibrome utérin.

Une femme de 49 ans me fut envoyée à 5 heures du soir à l'hôpital Necker, pour de l'occlusion intestinale. Elle était dans cet état depuis huit jours et avait, quand je l'examinai des vomissements fécaloïdes.

L'abdomen était énorme, du fait d'une tumeur fibreuse, remontant au-dessus de l'ombilic, et aussi du fait du météorisme.

Pas de gaz depuis cinq ou six jours, et l'urine fort rare depuis la veille. Le pouls était petit, misérable, rapide, 120, la langue sèche, cornée.

Néanmoins je pratiquai la laparotomie dès le soir, 8 heures ; je fis une hystérectomie totale ; le tout dura vingt-six minutes.

Au cours de l'opération, je crus voir sur une anse grêle qui descendait dans le petit bassin, une plaque jaune. L'utérus enlevé, je recherchai la plaque jaune, je ne la trouvai plus et je refermai.

L'état était si précaire, que je crus devoir, pour la relever, faire pratiquer une injection intra-veineuse de 500 grammes.

Le lendemain matin, elle était en très bon état et je fis renouveler l'injection. Le troisième jour, la partie paraissait gagnée, la langue était humide, le pouls à 90. Le soir, elle eut un peu de dyspnée, et il fut facile de constater que tout son poumon gauche était très congestionné, j'accusai les injections.

Elle est morte le soir du cinquième jour, sans aucun symptôme abdominale.

L'autopsie nous a montré que tout le poumon gauche était hépatisé, mais avec cela une perforation intestinale sur le dernier segment de l'iléon, certainement au point où cet intestin, plongeant dans le petit bassin, avait été confirmé par le fibrome contre l'arête du détroit supérieur.

*Observation prise dans le service de M. le docteur Poisson,
chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Nantes.*

Fistule entéro-utérine, consécutive à un fibrome sphacélé.

B..., Léontine, âgé de 33 ans, employée à la manufacture des tabacs, entre le 11 octobre 1902, à l'Hôtel-Dieu et est placée salle 21, lit n° 18. Clinique chirurgicale.

A. H. — Père mort, alcoolisme chronique, mal de Bright.

Mère vit et jouit d'une bonne santé. Deux frères également bien portants.

A. P. — Rougeole à 4 ans. Fièvre typhoïde à 12 ans.

Règles normales, jamais prolongées, jamais de métrorrhagies.

Elle est mariée depuis 15 mois, et a eu une première fausse couche de quelques mois. Elle ne présente aucun signe de spécificité.

Deuxième fausse couche de cinq mois, il y a vingt jours ; deuis la malade a de la fièvre, des pertes abondantes et fétides. On constate une tuméfaction de l'abdomen.

Elle entre avec le diagnostic : Phlegmon de la cavité de Retzius.

Examen. — La malade est dans un état de fatigue prononcé.

Ecoulement fétide, purulent, d'odeur stercorale par le vagin. Ballonnement du ventre, tuméfaction dure, mate, remontant jusqu'au dessus de l'ombilic.

Au toucher : masse dure bombant dans le cul-de-sac antérieur. Odeur stercorale prononcée. Pas de fistule apparente.

1^o *Opération le 11 octobre.* — La vessie est vidée : 500 gr. Incision sus-pubienne, jusqu'au péritoine rien.

Incision en avant du col utérin. On décolle avec précaution, la sonde étant dans l'urèthre comme guide. *Rien.* — On tombe enfin sur une masse dure ayant la consistance d'un fibrome. On pense à un fibrome utérin. Hystéromètre 10^m environ.

Lavage utérin à la sonde de Doléris. On referme la plaie abdominale.

12 octobre. Injection intra-utérine. Injection de sérum.

13 octobre. Injection intra-utérine.	{	iode 0,20 cg.
		Ki 2 gr.
		eau 1000.

14, 15, 16, id.

Le 19 et le 20, la température tombe. Douleurs dans l'abdomen ; vomissements, tout liquide ingéré est immédiatement rendu. Pâleur, teinte ictérique.

2^e Opération le 21 octobre.

Laparotomie médiane. Péritoine épais, adhérences formant poche. Liquide utérin en assez grande abondance. On aperçoit une masse utérine, ou péri-utérine, recouverte de péritoine viscéral, et adhérent aux anses intestinales. Les adhérences ne peuvent être rompues. Certaines paraissant en voie de sphacèle sont enlevées. La poche paraissant fluctuante, on ponctionne avec un trocart; il en sort un liquide gris-noirâtre, d'odeur absolument infecte, on préserve le reste de la cavité péritonéale et on marsupialise la poche. Puis on incise cette poche et on en tire avec peine, en l'effilochant, une masse absolument sphacélée, noirâtre. Il s'écoule par le vagin un pus noirâtre, rappelant l'odeur et l'aspect de la masse sphacélée qu'on vient d'énucléer. L'intestin communiquait donc avec l'utérus. Lavage, 2 drains. Pansement. Injection de sérum. Le soir la température est à 37.6. Pas de vomissement. Etat général satisfaisant.

Pansement le 22 octobre soir. Odeur infecte. Matières stercorales dans le pansement. Pansements quotidiens; la malade rend des matières moulées par le rectum. Puis il ne sort plus rien par le vagin. Et le 20 novembre la malade sort guérie.

Dans certains cas les orifices de communication entre l'intestin et l'utérus peuvent être nombreux: citons en particulier l'observation de Davis, à l'autopsie les anses grêles furent trouvées adhérent solidement à l'utérus et communiquant par quatre orifices. La malade qui fait l'objet de l'observation de Kauffmann, présentait deux fistules entéro-utérines et une fistule para-ombilicale.

Kaufmann — *Archiv. für Gynäkologie*, Bd XXVIII, s. 407.
Fistule intestino-utérine, d'origine tuberculeuse. (Résumée).

Femme de quarante-trois ans, mariée, stérile, porteuse d'une tumeur abdominale. Puis diminution de cette tumeur et consistance plus grande. Gonflement des jambes, ascite et douleurs dans les reins.

Etablissement d'une fistule stercorale para-ombilicale. La malade entre à l'hôpital et meurt au bout de deux jours.

Nécropsie : myomatose multiple de l'utérus. Tumeurs en partie pétrifiées. Col obstrué par déflexion latérale. Par suite de l'irritation causée par les myomes, s'étaient établie des adhérences nombreuses de la matrice et des tumeurs avec les anses intestinales et avec la paroi du ventre. Tuberculose primaire des intestins, ulcérations tuberculeuses multiples des intestins et infiltration tuberculeuse du péritoine.

Perforation d'ulcère tuberculeux vers la matrice. Les masses fécales entraient donc dans la cavité utérine. Inflammation de l'endomètre et nécrose des parois utérines et des tumeurs.

Puis fistule abdomino-pariétale par où sortaient les masses fécales retenues dans la matrice.

Puis seconde fistule intestino-utérine embrassant une partie de l'intestin grêle, située plus bas. Matières fécales sortant alors par deux voies, une partie sortait par la fistule para-ombilicale, l'autre rentrait dans l'intestin par la fistule située plus bas.

Mort due à la cachexie et à l'hypostase.

TROISIÈME CAUSE. — *Fistules entéro-intestinales d'origine cancéreuse.*

Dans le cas de cancer de l'utérus, il se produit des adhérences entre l'utérus et une ou plusieurs anses

intestinales : l'ulcération se propageant ensuite à l'intestin.

Selon Cruveilhier le lieu d'adhérence le plus habituel est le fond de l'utérus. En résumé, il s'agit dans tous les cas (Hufeland, Husson, Forget et Dianoux), d'une inflammation subaiguë, très lente.

Il se produit de fausses membranes par suite du travail irritatif, déterminé par les bourgeons cancéreux qui sont en contact incessant avec les anses intestinales. Puis il y a infiltration des tuniques intestinales par les éléments cancéreux, enfin l'ulcération se forme et la communication s'établit.

Malgré tout cela, quoiqu'il y ait une extrême fréquence des cancers de l'utérus, il n'y a qu'un très petit nombre de fistules utéro-intestinales.

III. ANATOMIE PATHOLOGIQUE

En général, c'est l'iléon qui est le plus souvent atteint : dans certaines observations on trouve, le cœcum.

Ceci s'explique par la grande mobilité de l'iléon et par la proximité de l'S iliaque.

Quant à l'utérus, la perforation siège généralement sur le fond, et trois fois sur quatre, c'est dans le cas de cancer du col de l'utérus qu'on trouve la fistule entéro-utérine.

La forme de la fistule est arrondie ou ovale ; les bords deviennent bientôt indurés et inextensibles.

En général, les organes de voisinage présentent des lésions, l'utérus est hypertrophié, sa muqueuse est altérée.

Lorsque la fistule est déjà ancienne, la vulve et le périnée, la face interne des cuisses présentent des excoriations, parfois des ulcérations et des brides artificielles.

L'anse intestinale est fixée à l'utérus par des adhérences solides, la cavité intestinale voisine de la fistule s'indure et se rétrécit. Il est rare que l'on trouve la disposition des deux bouts de l'intestin « en canons de fusil ».

Les lésions observées dans les cas de fistule entéro-intestinales d'origine cancéreuse sont intéressantes.

Rosenthal rapporte dans la « Gazette de Iekarska », un cas où il y avait trois fistules, dont deux dues à des tentatives de libération de l'intestin.

Rosenthal. — *Gazeta Iekarska*, 1895.

Fistule intestino-utérine.

G... Sara, femme de vingt-six ans, 1^{er} pare, avait eu un seul accouchement, il y a quatre semaines et entra à l'hôpital des Juives à Varsovie le 17 juillet 1892. La malade avait eu une fièvre typhoïde dans sa quinzième année et était mariée depuis quinze mois. Pendant la grossesse, elle souffrait souvent de douleurs au bas-ventre. L'accouchement se fit spontanément parès une durée de deux jours, mais on fut obligé d'enlever

artificiellement l'arrière faix. Les suites furent normales et la malade quittait son lit le dixième jour, mais le quinzième jour, elle remarquait la sortie des matières fécales par le vagin, et quelques jours plus tard, les selles avaient déjà lieu exclusivement par cette route anormale. Les parois du vagin étaient intactes, le doigt entra dans la matrice librement jusque dans l'orifice interne, du col sort un liquide fécal jaunâtre, coloré par la bile et peu fétide. Après les repas et après une pression exercée sur le bas ventre, la quantité de ce liquide augmente. Par un lavement coloré au bleu de méthylène on pouvait se rendre compte qu'il ne s'agissait pas d'une fistule recto-vaginale ; d'ailleurs les matières fécales évacuées par le vagin avaient la consistance d'une sorte de pâte.

Après un tamponnement de la cavité utérine de quarante huit heures, le col fut suffisamment dilaté pour permettre l'introduction libre d'un doigt dans la matrice jusqu'à son fond, et même du bout du doigt dans l'ouverture utérine de la fistule intestinale, située au fond même de la matrice.

Pendant le tamponnement, les matières fécales sortirent par le rectum, mais en même temps le tampon était imbibé de matières fécales.

Le 18 août, après avoir ouvert la cavité abdominale, on saisit la matrice et on l'attire en dehors. L'intestin grêle était accolé à la matrice sur une étendue de 5 à 6 centimètres, le long d'une anse située horizontalement. Adhérences diffuses aux alentours.

Rosenthal, en suivant un plan d'opération prémédité sépara d'abord l'anse intestinale de la matrice avec les doigts et le manche du scalpel.

Cette séparation terminée, on trouve dans la peau de l'intestin, trois perforations de différente grandeur une perforation

était de date ancienne et appartenait à la fistule intestino-utérine, les deux autres étaient le produit d'une déchirure accidentelle survenue pendant les tentatives de libération de l'intestin. Dans le fond même de la matrice, on trouvait un trou aux bords réguliers, aux parois de couleur grisâtre, par lequel le doigt entraînait dans la cavité utérine.

Cet orifice est obstrué, après un avivement des bords par cinq points de suture profonde au fil de soie, les sutures saisissant aussi le péritoine recouvrant la matrice. Les déchirures et la fistule intestinale étaient fermées par la suture intestinale de Lembert. La fermeture de la plaie abdominale terminait l'opération, qui avait duré deux heures et demie.

Les suites post-opératoires furent des plus mauvaises. Sans élévation de température, le pouls devint de plus en plus fréquent et apparut bientôt le tableau d'une infection septicémique avec collapsus, malgré tous les remèdes analeptiques et même une injection sous-cutanée de solution salée physiologique, la malade mourut quarante-deux heures après l'opération.

Dans le cas de *Hafeland*, la fistule entéro-utérine était représentée par une ouverture d'un pouce et demi de large dont les bords étaient squirrhueux.

Dans le cas de *Dianoux*, il existait deux fistules, l'une faisant communiquer l'utérus avec la partie initiale de l'S iliaque, l'autre établissant une communication entre la cavité utérine et la partie moyenne du rectum et laissant passer finalement le médus.

Dans l'observation citée par *Rokitansky*, et que nous rapportons ici, il existait trois fistules.

Rokitansky. — *Lehrbuch der pathologischen Anatomie* III.
Vienne 1891.

Suppuration d'un myome sub-séreux de la matrice situé sur la paroi postérieure utérine avec évacuation du pus par le rectum et la matrice. Donc il se produisit trois fistules fécales dans ces endroits.

CLINIQUE

D'une façon générale, il est permis de dire que le tableau clinique de la fistule entéro-utérine varie suivant la cause qui lui a donné naissance.

I. — La fistule consécutive à une rupture utérine et à l'étranglement d'une anse ou d'une portion d'anse intestinale peut donner au début, tout le tableau clinique de l'étranglement interne.

Comme dans ces cas la mort est fréquente et la communication anormale entre l'intestin et l'utérus ne se fait souvent qu'à l'autopsie. Dans d'autres cas, la mort ne survient que plusieurs mois après des symptômes de rétention fœtale et de péritonisme.

Abuladze. — *Fistule entéro-utérine consécutive à la rétention d'un fœtus.* — (Société obst. Gynécologique de Kyjew, 26 mars 1897.

Cette femme, âgée de 25 ans, accouchait pour la première fois, après un travail de vingt quatre heures, le 13 décembre 1895. L'enfant était mort-né. Pendant sa deuxième grossesse, la malade s'aperçut qu'elle avait un ventre en besace. Deux semaines, avant le terme attendu de la grossesse elle eut des douleurs graves d'enfantement, avec perte des eaux, puis une grande perte de sang avec frissons et douleurs graves : les douleurs cessèrent peu à peu et le travail s'arrêta. Les mouvements de l'enfant avaient cessé et la malade avait la sensation comme si l'enfant était monté vers en haut dans son ventre. De temps en temps, il y avait un petit épanchement de sang par le vagin. Des frissons répétés parvinrent, puis des pertes fétides avec beaucoup de pus. Au bout de trois semaines, on vit sortir l'arrière faix ; pendant la quatrième semaine, le mari fit par le vagin l'extraction du foie, des intestins, des poumons et du cœur de l'enfant. Vers la fin de la quatrième semaine, s'établit un abcès dans le voisinage du nombril, qui se rompit en donnant issue à beaucoup de pus et fut suivi d'une fistule par laquelle commençaient à sortir des os de fœtus. Le 13 mars 1896, on amena cette femme, dans un état de cachexie parfaite, à la clinique du professeur Rein à Kijew. La malade ne pesait alors que 66 livres ! La chaleur était à 38°, 2, le pouls à 122. Anémie profonde et paleur cadavérique.

La fistule para-ombilicale donne issue à un pus verdâtre, puant. Dans la cavité abdominale, l'on constate la présence d'une tumeur rappelant par sa configuration et son volume les contours d'un enfant à terme.

Circonférence ombilicale de l'abdomen, 64 centimètres.

Evacuation d'un liquide à odeur fécale par le vagin.

Le col de la matrice ramolli et béant laisse entrer un doigt.

On peut palper le fond de l'utérus. Bassin généralement rétréci. (C^r 24, 5. Spin. sup. ant. 20, 5, Trochan. 27, 5 cent.

Conjugata externa 16, diagonalis 10 vera 8,25 centimètres).

Diagnostic porté : Rupture de la matrice incomplète, non perforante position transversale du fœtus. Rétention du fœtus en partie dans la matrice, en partie dans une cavité extra-utérine sous-péritonéale, putréfaction du fœtus. Fistule stercorale.

Laparotomie le 18 du mois de mars 1897. Extraction du fœtus.

Les enveloppes fœtales présentaient un aspect musculaire. Après toilette par lavage, on pratiqua le tamponnement et la cavité dans laquelle avait été contenu le fœtus. Pendant le lavage, on vit sortir des matières fécales dans cette cavité et même des ascarides ; donc il y avait une communication avec l'intestin.

La fièvre dure de même après l'opération et les forces de la malade tombent de plus en plus.

L'expulsion du placenta et des débris des organes de la cavité ventrale et thoracale démontre qu'il s'agissait d'une grossesse intra-utérine. Après la rupture de la matrice, l'enfant était sorti en partie dans une cavité sous-péritonéale de nouvelle formation.

Plus tard se formait par suite de pression et usure une fistule de la paroi abdominale vers le nombril, et encore plus tard une fistule intestinale utérine, de sorte que les matières fécales s'écoulaient par le col utérin et le vagin. D'abord on ne put dire en quel endroit de la matrice siégeait la fistule intestinale. La malade mourut malgré tous les soins extraordinaires demandés par la gravité de son état.

Le 13 mai, Abuladze présentait à la Société gynécologique de Kijew les pièces anatomiques. Mort par septicémie et cachexie. Rupture de la partie moyenne de l'utérus. Grande perte de substance dans le col utérin menant dans une cavité extra-utérine, dans laquelle était situé le fœtus. Cette cavité aboutissait à la fistule abdomino-pariétale. La cavité était située en avant de l'u-

térus, qui formait sa paroi postérieure, en haut elle était fermée par des anses intestinales agglutinées, perforées en plusieurs points. La cavité était remplie de pus et de matières fécales.

II. Lorsque la fistule est consécutive à un phlegmon du petit bassin ou à une pelvi-péritonite, on observe l'écoulement de matières fécales par l'utérus : mais en général, cet écoulement n'est pas constant et se fait par alternatives. Dans le cas de *Morgan*, de violentes métrorrhagies ont annoncé la fistule.

Dauriac. — *Société anatomique de Paris*, 17, IV, 1891.

Pyosalpinx enkysté avec fistule rectale et utérine.

Une couturière de 27 ans, entrain deux semaines après son premier accouchement à l'hôpital, salle Trousseau.

Dix jours après l'accouchement, signes manifestes de septicémie.

Après des lavages répétés de la cavité utérine, la T., tombe à 37° c. mais on aperçoit l'écoulement du pus de la matrice. Utérus dévié vers le côté droit, col à gauche. Parametrium droit libre. Le gauche rempli par une tumeur intimement liée à la matrice. Tumeur du volume d'un œuf de poule, douloureuse fluctuante, bosselée. Diagnostic. Pyosalpinx.

La malade était arrivée le 12 mars 1891 ; le 1^{er} avril nouvel accès de fièvre ; le 8 avril, sortie d'une ample quantité de pus par l'anus, puis d'un liquide plus clair, visqueux, avec un peu de pus, débris membranoux et sang. Le 9 avril, lavage de la matrice avec une solution de sublimé (1/1000) rectite par le pus versé dans le rectum ; après le lavage utérin, l'on trouve l'ampoule du rectum remplie du liquide versé dans la matrice. Un examen par le rectum démontre la présence d'une fistule recto-

utérine. 11 avril, nouveau lavage intra-utérin au sublimé : subitement, vertiges, anxiété, bruits dans les oreilles, syncope, contractures et convulsions des muscles de la face, des bras, mains et doigts, dyspnée, cyanose et mort, malgré la respiration artificielle pendant 45 minutes, des flagellations, l'inspiration d'oxygène, les remèdes analeptiques, camphre, éther, etc.

Nécropsie : Utérus adhérent aux annexes du côté gauche et au rectum. L'excavation utéro-rectale a disparu tout à fait. Du côté gauche de la matrice, tumeur du volume du poing. Cette tumeur contient l'ovaire, la trompe et le ligament large. Le rectum à la hauteur de 20 centimètres au-dessus du sphincter, communique avec la cavité de la tumeur par une ouverture qui laisse passer un crayon. Les parois du rectum sont épaissies. Cavité de l'utérus vide, cavité du col utérin très élargie, remplie de mucus et pus.

Muqueuse du col avec marmorisation évidente. Rupture de la lèvres postérieure de la matrice du côté gauche. Sur la hauteur de cette rupture, on trouve dans la paroi du col une ouverture menant dans la cavité de l'abcès du paramètre gauche, qui, d'autre part, communique avec le rectum. D'après l'auteur, il s'agissait d'un pyosalpinx gauche et d'un abcès enkysté dans le ligament large gauche. Les deux abcès s'étaient confondus et communiquaient après rupture, de même avec le col utérin qu'avec le rectum. On ne trouvait ni l'ovaire, ni l'extrémité périphérique de la trompe gauche. Il s'agit donc d'une communication survenue pendant les couches, du rectum avec le col utérin, communication issue d'un abcès des annexes gauches de l'utérus d'origine puerpérale. Autant l'on voit souvent la rupture et l'évacuation d'un tel abcès vers le rectum, autant l'on ne rencontre que rarement une rupture double dans deux directions différentes. C'est pourquoi je suppose que d'abord il s'agissait de deux abcès ou que l'ouverture

d'un abcès déjà rompu s'était fermée de nouveau et que par suite de rétention de pus nouveau, se fit une nouvelle rupture de l'abcès dans une autre direction, c'est-à-dire, une fois vers le rectum et une fois vers le col. Pendant les lavages utérins, le liquide injecté pouvait donc gagner facilement le rectum par la cavité de l'abcès.

II. Dans le cas de fistule cancéreuse, les signes propres au cancer utérin prédominent; mais on observe bientôt l'issue des matières fécales par l'utérus et le vagin, soit d'une façon spontanée, soit après une hémorrhagie.

D'après la consistance et la quantité des matières qui s'écoulent, il est permis de déduire si c'est l'iléon ou le côlon qui est intéressé. Des matières liquides, biliuses et jaunâtres indiquent que la fistule siège sur l'iléon : des matières plus solides, s'écoulant en quantité moindre font penser à une fistule intéressant le côlon.

L'écoulement par la fistule n'est pas continu, mais intermittent, les matières apparaissent une heure après les repas, leur écoulement dure deux heures en moyenne.

Par suite du contact incessant des matières fécales avec la muqueuse de l'utérus, du vagin, de la vulve et avec le périnée, la malade présente des excoriations souvent très douloureuses, de là l'épuisement et l'état fébrile toujours observés dans ce genre d'affection.

Mac Kever et Heiné ont cité des malades qui

étaient atteintes d'une faim et d'une soif insatiables.

La fonction menstruelle est en outre gravement atteinte.

Le cas qui suit, rapporté par Rymsza, en est un exemple typhique.

Rymsza. — *Société obstétrico-gynécologique de St-Pétersbourg*, XII, 1893.

Fistule recto-utérine.

Malade de vingt-six ans entrée à l'hôpital Oboukhoff pour incontinence d'urine complète. Comme antécédents : un seul accouchement il y a cinq ans, travail laborieux, durée de cinq jours, fœtus mort. Il n'y avait pas du tout de lochies. Durant deux ans, fièvre, amaigrissement, impossibilité de rester debout ou assise, absence complète de règles. Tumeur au bas-ventre augmentant graduellement de volume, douleur lombaire et abdominale. La malade a ressenti une fois une douleur brusque et violente au niveau de la tumeur et a ensuite rendu par le rectum une quantité considérable de sang. La tumeur disparut et la malade soulagée entra en convalescence.

Les dernières années, les menstruations sont revenues, mais irrégulièrement, accompagnées de douleurs lombaires. La tumeur hypogastrique réapparaissait de temps en temps et disparaissait avec l'évacuation de sang pur par le rectum. Depuis deux mois et demi, point de règles. A l'examen, le périnée est intact, de l'urèthre, il ne reste qu'un petit pont d'un centimètre environ, tout le reste du canal ainsi que le col de la vessie est complètement détruit. Inversion de la vessie proéminente par sa muqueuse dans le vagin, adhé-

rant intimement à la paroi postérieure du vagin, près de la vulve, transformant ainsi le vagin en cul-de-sac, se continuant en haut avec la cavité vésicale. Pas de fond du vagin, le col utérin ne peut être senti. Par le toucher rectal, on trouve un orifice faisant communiquer le rectum avec la cavité utérine. La palpation dénote une augmentation de volume de l'utérus remontant au-dessus du pubis, dur et peu mobile. Diagnostic hématomètre profluente par le rectum. Par la sonde utérine introduite par le rectum dans l'utérus, on détruit les adhérences entre la vessie et le vagin. La malade a rendu pendant quelque temps du sang noir par le rectum. L'utérus est revenu peu à peu à son volume normal.

Les complications qui peuvent survenir sont de différentes sortes :

a). — Les *fistules vésico-vaginales* (*Kivisch, Mac Keever, Dahlmann, Simon et Bartels*). Elles contribuent à diminuer les forces de la malade et compliquent singulièrement la thérapeutique opératoire.

b). — Les *fistules recto-vaginales*, qui gênent le diagnostic et font parfois méconnaître l'existence de la fistule entéro-utérine. Elles aggravent en outre beaucoup le pronostic et affaiblissent considérablement la malade.

c). — Les *accidents inflammatoires*, du côté du petit bassin et des différents viscères de la région pelvienne.

Buzzell.— *North American med. chir. Review*, septembre 1860, p. 901.

Rétention d'un fœtus mort. Fistule entéro-utérine.

Femme de 42 ans, qui avait donné naissance à plusieurs enfants et avorté plusieurs fois, devient enceinte de nouveau et attend son accouchement en avril 1858. Vers ce temps là les douleurs commencent, restent très faibles et cessent bientôt tout à fait. Bien que la malade se sentit enceinte et perçut les mouvements de l'enfant, les règles ne cessèrent pas pendant toute cette grossesse, ce qui avait eu lieu de même dans toutes les grossesses précédentes. En octobre 1859, la malade fit une chute qui fut suivie de douleurs continues et de ballonnement du ventre.

Bientôt à ces douleurs s'associèrent une hémoptysie, des accès graves de toux enfin des vomissements, et la malade mourut en avril 1860. L'autopsie démontrait des adhérences multiples de la matrice avec les anses intestinales, surtout avec l'S iliaque. Dans la cavité utérine, on trouvait le fœtus dans sa position naturelle, mais pas trace de placenta. La cavité utérine est en outre remplie d'un liquide épais, jaunâtre. Sur la paroi latérale gauche de la matrice on trouva une large communication avec l'intestin grêle et même le bras gauche du fœtus faisait saillie dans la cavité de l'intestin. Il s'agit dans ce cas de fœtus mort dans la matrice, pendant deux ans Missed labour des Anglais, avec enfant à terme, décomposition du fœtus, péritonite avec tendance vers une élimination spontanée du fœtus mort dans le canal intestinal et mort par septicémie par suite de putréfaction de corps étranger contenu dans la matrice.

d). — Les lésions cutanées du côté de la vulve, du périnée et des membres inférieurs.

e). — La septicémie.

L'évolution des fistules entéro-utérines est variable. Il s'écoule toujours une quantité plus ou moins grande de matières par le bout inférieur de l'intestin ; cette quantité augmente en même temps que la fistule se rétrécit et s'obture, l'écoulement par le vagin diminue. Les observations de *Rieseler*, *Lambton*, *Morgan*, *Skinner*, *Einbeck* en font foi et l'observation minutieuse de *Wageminge* en est un exemple.

Wageminge. — *Nederlandsche Lancet*, 1840, année II, n^o 478. Fistule entéro-utérine, consécutive à la rétention prolongée d'un fœtus mort.

J. de Br... devint enceinte trois ans après son premier accouchement.

Au septième mois de cette grossesse, elle eut un accident : portant son enfant sur un bras et un seau de l'autre main, elle fit une chute en arrière sur les escaliers, qui resta d'abord sans inconvénients immédiats. Au neuvième mois de sa grossesse, elle rencontra dans la rue deux cavaliers, sur des chevaux d'une grandeur extraordinaire.

Le lendemain, elle se sentit mal à l'aise et fatiguée par un songe qui l'avait persécutée toute la nuit. Elle rêva que les chevaux l'avaient persécutée et que l'un l'avait mordue au flanc gauche !

Depuis cette nuit elle cessa de sentir les mouvements de l'en

fant et en même temps elle remarqua la sortie d'un liquide sanguinolent du vagin.

Lorsque Wageminge arriva chez la malade, l'hémorrhagie avait déjà cessé et comme il put constater la présence des douleurs, il dit que le travail avait commencé et qu'il fallait attendre en recommandant la parturiente aux soins d'une sage-femme, sans même explorer la malade, à cause de l'hémorrhagie. Le lendemain nouvelle hémorrhagie, qui cessa de nouveau lorsque le médecin arriva. Alors le médecin pratiqua une exploration et constata un état normal, sans ouverture du col toutefois.

Mais les douleurs s'évanouirent et disparurent tout à fait, les seins se dégonflèrent et devinrent flasques, et la malade se sentit dès lors bien portante, sauf quelques pertes de sang qui se répétaient de temps à autre.

Wageminge, vit de nouveau la malade après trois ou quatre ans, et on lui dit alors que depuis un an entier la malade était en proie à une diarrhée constante, avec évacuation ichoreuse et avait la sensation de porter un enfant mort dans ses entrailles. Vu l'affaiblissement de la malade on lui conseilla de prendre du china et du vin et de faire attention aux selles régulières.

Six ans après le commencement de la grossesse, un os iliaque du fœtus sortit par l'anus. Le mari lui-même apporta cet os au Dr Wageminge qui explora alors la malade et trouva l'orifice utérin fermé et rien d'extraordinaire en outre. Mais en pratiquant le toucher rectal, il sentit à la hauteur de trois pouces au dessus de l'anus, une ouverture ou fistule, par laquelle le doigt entra dans une cavité remplie d'os et de masses de consistance pâteuse.

Un examen plus minutieux fit voir que cette cavité était la matrice : les os les plus grands bornaient comme une sorte

de boîte dans laquelle étaient placés les plus petits os. L'ouverture fistuleuse était ronde, ses bords étaient mous et dilatables. Au cours des deux mois suivants, on fit l'extraction de 136 petits os, en donnant de temps en temps des lavements à l'huile d'olives. La matrice se contracta bien après son évacuation et la fistule s'oblitéra spontanément en laissant une cicatrice nette. L'état général de la malade s'améliora très promptement et très vite ; les règles revinrent après l'obturation spontanée de la fistule. La menstruation était régulière encore quelques années plus tard.

Dans ce cas-ci la fistule intestino-utérine était le produit d'une rétention prolongée du fœtus mort dans la cavité-utérine (missed labour) des Anglais.

Cette terminaison s'explique facilement :

Lorsque la fistule rentre dans le premier cas, c'est-à-dire étranglement intestinal, après rupture utérine dans l'accouchement, l'utérus se rétracte et par suite rétrécit l'orifice de la fistule. Il en résulte qu'au bout de quelques semaines la fistule se ferme seule comme dans le cas de Goth :

Goth. — *Archiv. für Gynækologie*. Bd. XXXII, Heft, II, p. 287.

Fistule entéro-utérine. Guérison spontanée. Rétention d'un fœtus.

Une femme de 26 ans, fit une chute au commencement du neuvième mois de la grossesse. Les mouvements de l'enfant cessèrent tout de suite. Suivit une péritonite de six semaines. Vers le terme de la grossesse, pendant quatre jours, s'écoulèrent les eaux, sans douleurs. Pendant les trois mois suivants, sortait de la vulve un liquide fétide, dont la quantité augmenta beaucoup pendant les dernières six semaines. C'est

alors que s'établit une communication entre la matrice et le gros intestin, et par l'anus sortirent les os, une partie du mésentère, des intestins du fœtus etc. Enfin on pratiqua sous le chloroforme une discision bilatérale du col utérin et on fit l'extraction d'un os obstruant le canal cervical et implanté dans la paroi du col. Puis on put extraire le reste du fœtus. La femme guérit bientôt avec oblitération spontanée de la fistule utérine stercorale.

Cheston. — 1972.

Fistule entéro-utérine. Rétention d'un fœtus.

Mme N..., âgée de trente-six ans, était accouchée deux fois, la dernière fois il y a dix ans. Au mois de juillet, elle attendait son troisième accouchement.

Une semaine avant le terme de la grossesse, elle avait des douleurs graves dans le bas-ventre, mais néanmoins, elle continuait ses travaux ; cinq jours plus tard, elle aperçut des taches de sang. Le 30 juillet, douleurs vives durant deux heures sans produire toutefois une ouverture du col. Douleurs tétaniques.

Après vingt-quatre heures, la dilatation restant incomplète les douleurs cessaient tout à fait et la malade commençait à vomir et rejeter des matières fétides. Les vomissements se répétaient plusieurs fois pendant la nuit. Comme le mari s'éloignait alors de sa femme pour aller chercher le médecin, on ne sait comment la malade a passé les premières heures après cette catastrophe. Le médecin ne vint pas voir la malade tout de suite, mais dit au mari qu'il fallait attendre tranquillement, ne rien faire d'abord et lui donna une prescription médicamenteuse. Après le retour du mari, les douleurs s'étaient affaiblies et l'état général de la malade était un peu meilleur, mais les mouvements de l'enfant avaient cessé complètement.

Plusieurs jours plus tard, frissons et fièvre. Le dixième jour, après ses douleurs d'enfantement, évacuation d'un liquide séro-sanguinolent par le vagin. Ce liquide devint bientôt si puant, qu'on le sentit dans toute la maison habitée par la malade. Un médecin appelé alors, dit qu'on peut attendre l'expulsion spontanée de l'enfant. Quinze semaines après les premières douleurs, on fit venir le docteur Mordhorst, après avoir, déjà remarqué la sortie de plusieurs côtes de l'enfant et de quelques vertèbres par l'anus. La malade très affaiblie se plaignait de douleurs abdominales continuelles. Le doigt introduit dans le canal génital trouve un os du crâne, situé à demi dans le vagin et à demi dans le col utérin. On fit l'extraction de cet os et de plusieurs autres, mais on ne pouvait songer à les extraire tous dans une même séance, vu l'état d'affaiblissement de la malade ; on ne pouvait même pas pratiquer le toucher ano-rectal.

Peu à peu l'état de la malade s'améliorait de telle façon qu'elle commençait à marcher de nouveau et ne se plaignait que de faibles douleurs au ventre. Après la sortie d'encore quelques os par l'anus, la fistule intestinale de la matrice s'oblitéra spontanément, et huit mois après le terme de la grossesse les matières fécales ne sortaient plus que de temps en temps par le col utérin. D'après Mordhost, il s'agissait dans ce cas d'une fistule intestino-utérine non du gros intestin, mais de l'intestin grêle.

La mort par épuisement est souvent la terminaison de l'affection, comme dans les cas d'Ashwel.

Enfin, dans le cas de cancer, la terminaison de la fistule entéro-utérine est subordonnée au traitement chirurgical du cancer de l'utérus lui-même.

DIAGNOSTIC ET TRAITEMENT

Le diagnostic des fistules entéro-utérines est souvent difficile. Dans certains cas, cette fistule a été confondue avec une fistule recto-vaginale : dans d'autres, le diagnostic n'a été fait qu'à l'autopsie.

La fistule entéro-utérine après l'accouchement, peut être confondue avec l'étranglement interne simple, les phénomènes sont les mêmes, seule la constatation de la présence de l'intestin dans l'utérus peut faire porter le diagnostic.

Mais le plus souvent, le diagnostic de fistule entéro-utérine n'a été fait qu'après la mort, tels les cas de *Percy, Davey, Davis*.

En présence de l'issue de matières fécales par le vagin, le diagnostic de fistule intestinale se pose. Mais la fistule s'ouvre-t-elle dans le vagin ou dans l'utérus. Le toucher vaginal et l'examen au spéculum permettront de fixer le diagnostic.

Parfois même, malgré ces deux moyens d'investigations, le diagnostic est difficile : l'erreur classique de Demarquay suffit à le prouver.

Il faut donc, avec un stylet, explorer avec soin toutes les anfractuosités et dépressions du fond du vagin, et les bords de l'orifice par lesquels s'écoulent les matières fécales, la vue peut être trompée par les nombreuses ulcéra-

tions du vagin, et les indurations de tissu peuvent rendre infidèle le toucher le mieux pratiqué.

Enfin, nous avons vu précédemment comment il était possible, par la nature et la quantité des matières fécales issues de la fistule, de diagnostiquer la portion d'intestin ouverte dans l'utérus.

Le *traitement* des fistules varie suivant la cause qui leur a donné naissance. Il faut établir qu'il diffère nettement de celui des fistules entéro-vaginales. Ici, le traitement palliatif tel que tamponnement vaginal et cautérisations peuvent dans certains cas amener la guérison.

La création d'une communication iléo-rectale, l'avivement et la suture du pourtour des deux bouts de la fistule sont des moyens thérapeutiques à employer, lorsque les premiers ont échoué.

Mais dans le cas de fistule entéro-utérine, le traitement est soumis, comme nous l'avons dit, à la cause qui a déterminé la fistule.

Nous ne parlerons pas des fistules qui succèdent à un accouchement laborieux ; si la rupture est large, la mort est la terminaison fatale, s'il n'en est ainsi, le seul traitement à conseiller est une laparatomie qui permet de se rendre compte des adhérences immobilisant l'intestin, et des dimensions de la fistule.

L'isolement de l'intestin par destruction des adhérences et l'hystérectomie sont la seule conduite à tenir.

Lorsque la fistule est consécutive à un pyosalpinx

ou à une pelvi-péritonite généralisée, le traitement de la fistule n'est que la conséquence du traitement de l'affection causale et dans ce cas, il n'est guère plus grave que le traitement du pyosalpinx simple.

Toutefois, il faut bien dire que dans ces cas, les adhérences sont beaucoup plus étendues et une résection intestinale assez considérable, est souvent nécessaire. L'orifice de communication de la fistule entéro-utérine étant très étendu, la suture des deux bords détermine un rétrécissement trop marqué du calibre intestinal : rétrécissement qui s'accompagne-rait d'éperon par suite de la coudure de l'intestin, sous l'influence de nouvelles adhérences intestinales.

Au XVI^e Congrès de l'Association française de chirurgie, M. Hartmann a montré que l'exclusion intestinale avait été d'un grand secours dans toutes les lésions intestinales accompagnées de fistules. Elle suffit pour amener dans l'état local et dans l'état général une amélioration telle qu'une opération radicale, impossible au début, l'est devenue au bout de quelque temps.

Comme dans les fistules intestino-vaginales, on aura recours à l'exclusion bilatérale avec fermeture des deux bouts. La fistulette qui persiste, déversant dans l'utérus les sécrétions de l'anse exclue, n'incommode pas la malade, le suintement qu'elle donne se réduisant rapidement à des proportions insignifiantes.

Aussi l'exclusion doit-elle être préférée à la résec-

tion de l'anse fistuleuse qui présente une gravité considérable dans ces cas.

M. Roux (de Lauzanne), qui a eu l'occasion de pratiquer 48 fois l'exclusion intestinale, tant dans des cas de cancer que dans des cas de tuberculose intestinale accompagnés d'une ou plusieurs fistules stercorales n'a compté que six morts, dont une seule peut être attribuée à l'acte opératoire.

Quant au traitement des fistules d'origine cancéreuse, le traitement palliatif est le seul à leur opposer. Ces fistules surviennent en effet à une période avancée de la maladie et coïncident avec une déchéance profonde de l'organisme. La désinfection soigneuse de l'utérus, les cautérisations répétées en seront les éléments. Si les phénomènes d'obstruction intestinale étaient trop marqués, l'anus iliaque abdominal serait indiqué.



CONCLUSIONS

I. — Les fistules entéro-utérines doivent être différenciées des fistules intestino-vaginales.

II. — Leur cause est due soit à une rupture utérine, d'origine obstétricale, soit à une inflammation pelvienne, ou à une tumeur pelvienne, le cancer de l'utérus en particulier.

III. — Les fistules entéro-utérines ne constituent qu'une ouverture limitée à la paroi de l'intestin et au point de vue anatomo-pathologique ne doivent pas être confondues avec les anus contre nature utérins.

IV. — Au point de vue clinique, les fistules ne sont qu'un épiphénomène dans le cours de l'affection causale et ce phénomène se traduit par des symptômes d'irritation intestinale, l'issue de matières fécales par l'utérus, alors que la plus grande partie de ces matières s'évacue par le rectum.

V. — Le diagnostic est facile dans les cas d'origine puerpérale, et d'origine gynécologique : il est souvent difficile lorsqu'il s'agit d'un cancer de l'utérus compliqué également de fistule recto-vaginale.

Il est nécessaire de le compléter par les recherches suivantes : quelle est la partie intestinale inté-

ressée ? Le bout inférieur de l'intestin est-il perméable ? Quelle est l'origine de la lésion : obstétricale, gynécologique, cancéreuse ?

VI. — Le traitement consiste en traitement palliatif (soins de propreté, cautérisations), et en traitement curatif, accompagnant nécessairement le traitement de l'affection causale.

Seules les fistules entéro-utérines d'origine cancéreuse, survenant à une période tardive, n'ont à bénéficier que de moyens palliatifs.

Vu : le Président de la thèse

POZZI

Vu : le Doyen

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :

le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- Abulade.* — Société Obst. Gynécologique de Kijew
26 mars 1897, von Wracz, 1897.
- Amam (J.-A.).* — Dünndarm-Uterus fistel. Verhandt Deutsch
Gesellsch. f. Gynæk. Leipzig, (1899), VIII, 463-465.
- Amatus Lusitanus.* — Anat. méd. Burdigalæ, 1620.
- Ashwell.* — A Pratical treatrix on the diseases peculiar to
women. London, 1845.
- Bauer (J.).* — Uterus fibroïd. Perforation des Darms mit
abgesakten Austritt von Koth. Schneidemast.
darmsfistel, decubitus.
— Ann. d. stad. allg. Kranken zu Münschen, 1878.
- Bidder (A.).* — Ueber die Entsechung und Heilung eines
Anus præternaturalis colo-utero-vaginalis, Schei-
denfistel Verhande de deutsch. Gesellsch. f. Chir.
Berlin, 1885.
- Bisch (Louis).* — Observation de fistule utéro-intestinale.
In. La gangrène des fibromyomes utérins non
pédiculés.
— Paris, G. Steinhal, 1901.
- Bonet.* — Sepulchrétum.
- Bolschessolsky.* — Journal d'Obstrétrique et de Gynéco-
logie.

Budin. — Obstétrique et Gynécologie.

— Leçon de clinique obstétricale.

Buzzel. — North American med. chir. Review. sept., 1860.

Cazeaux. — Traité d'accouchement.

Dauriac. — Société anatomique de Paris, 1867, p. 451.

Davey. — The Lancet, 1835-36, t. II, p. 236.

Demarquay. — Gazette médicale de Paris, 1867, p. 43.

Devillez. — Rupture de l'utérus. Thèse de Paris, 1870.

Duparque. — Maladies de la matrice, 1839, t. II.

Dianoux. — Bull. Soc. Anatom., 1875, t. IX, p. 80.

D'Antona (A). — Fistola vulvovaginarettale miofibroma uterino. Mergagni, Napoli, 1887.

Einbeck (A-T). — Entéro-utérine fistula, reconvery. St-Louis. Cour méd., 1880, IV, 122-125.

Finlay. — Archiv. für Gynækologie, 1878.

Forget. — Gazette médicale de Paris, 1851, p. 641.

Farabœuf et Varnier. — Obstétrique.

Graf. — Virchow's, Arch., 1860.

Goth. — Centralblatt für Gynækologie, 1888, n° 44.

Hall. — Cas report of fibroïd tumor of the uterus with suppurating ovary descharging for rectum. Med. Rev., 1895, XLII, 296.

Hamon. — Fistule entéro-utérine dans le cours d'une métro-péritonite chronique, occlusion spontanée de celle-ci.

— Rev. méd. chirurg. des maladies des femmes. Paris, 1885, VII, 455.

Husson. — Bull. Soc. anat. 1834, t. IX, p. 80.

Kulenkampff. — Diss. Inaug. Kiel, 1874.

Kaufmann. — Archiv. für Gynækologie.

- Kosinski.* — Monatschrift für Geburtshülfe und. Gynäko-
logie, 1896.
- Kuthe.* — Répertoire universel d'obstétrique et de Gyné-
cologie, 1889.
- Katz (A).* — Du sphacèle des fibromyomes de l'utérus,
Nancy, 1884.
- Le Dentu et Delbet.* — Traité de chirurgie.
- Labadie Lagrave et Legueu.*
- Maurer.* — Monatschrift für Geburtschulfe und Frauen-
Krankheiten. Berlin 1856.
- Mordhorst.* — Deutsche Klinicke, 1972, n° 7.
- Meinert.* — Kongress Leipsick, 1895.
- Morgan.* — Western, Journ. of. méd. and. surg. décem-
bre 1844.
- Myasnikoff.* — Intestino-utérino fistulæ Méd. Oboz,
Mosk, 1898, I. 503-506.
- Neugebaner.* — (A) Arch. für Gynækologie Leipzig, 1889.
— (B) Arch. für Gynækologie Leipzig, 1891.
— (C) Verlag von Preuss und Juenger 144 Stein,
Breslau. 1897.
— (D) Nowing Lekarskie, 1897, nos 10, 11, 12.
- Olshausen.* — Arch. für Gynækologie, 1871.
- Petit.* — Annales de Gynécologie, 1882-1883.
- Pozzi (S).* — Traité de Gynécologie cliniqueet opératoire.
- Pousson.* — Affections chirurgicales des organes génito-
urinaires.
- Pinard et Walhich.* — Traité de l'infection puerpérale.
- Rousset.* — Basileæ, 588, p. 799.
- Rymsza.* — Répertoire universel d'obstétrique et de
gynécologie, 1894, p. 231.
- Rokitansky.* — Lehrbuch der pathologischen anatomie.
Wien, 1891.

- Rosenthal.* — Gaz, Warszawa, 1893.
- Routier.* — Perforation intestinale par compression due
à un fibrome utérin. Bullet. et Mém. de la Soc.
de Chir. de Paris, 1896, p. 487.
- Scharlan.* — Monats. für Geburtskunde, 1866, t. XXVII.
- Simpson.* — Clinique obstétricale et Gynécologique, traduite
par Chantreuil, 1874.
- Schenk.* — Appendix ad ann. VII, p. 135, ob. X.
- Skirmer et Ellis.* — Fistule utéro-intestinale. Philadel-
phie Medic. Times, 1829.
- Sarchi.* — Répertoire universel d'obst. et de gynéc. 1886.
- Thomas-Radford.* — Transactions of the obstetrical
Society of London, T. VIII, p. 199.
- Verneuil.* — Annales de Gynécologie, 1882.
- Wageminge.* — Nederlansche Lancet, 1840.

